FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1947

N° 165

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

M. BOULARD, Louis

né le 12 Septembre 1919, à Saint-Brieuc

Présentée et soutenue publiquement le 19 MAR 1947 *1947*

L'HEMIANOPSIE RELATIVE

Président : M. Clovis VINCENT,
Professeur de Clinique Neurochirurgicale

SAINT-BRIEUC
IMPRIMERIE MODERNE, 27, Rue Saint-Benoît.
1947

DOYENS HONORAIRES

MM. BALTHAZARD, ROUSSY.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUBERTIN, BALTHAZARD, BASSET, BEZANÇON, BRINDEAU, CARNOT, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, A. COUVELAIRE, DELBET, HARTMANN, HEITZ-BOYER, JEANNIN, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUBRY, LENORMANT, MARION, MULON, OMBRÉDANNE, ROUSSY, SANNIÉ, SÉBILEAU, SEZARY, TANON.

DOYEN ..... BINET.

ASSESSEUR ..... VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUÉNU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRÉ (R.).
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	BÉNARD (H.). CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLÉRY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUÉJOUL. LÉVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÉNÈQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JUSTIN-BESANÇON (L).
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.

ERRATA

Page 20. 2e ligne du 2e alinéa, lire : Nous explorons le champ temporal et le champ nasal.

Page 33. 3e ligne du 3e alinéa, lire : Elle ne nécessite.

Page 43. Observation XIX, 2-4-46, 4e ligne, lire : Signe de Babinsky bilatéral.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1947 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

M. BOULARD, Louis

né le 12 Septembre 1919, à Saint-Brieuc

Présentée et soutenue publiquement le *1947*

L'HEMIANOPSIE RELATIVE

Président : M. CLOVIS VINCENT,
Professeur de Clinique Neurochirurgicale

SAINT-BRIEUC
IMPRIMERIE MODERNE, 27, Rue Saint-Benoît,
1947

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MES PARENTS

AUX MIENS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur Clovis VINCENT,

Professeur de Clinique Neurochirurgicale

qui a bien voulu me faire l'honneur d'accepter la présidence
de cette Thèse

A MON MAITRE,

Monsieur le Docteur RENARD,

Ophtalmologiste des Hôpitaux de Paris
Professeur agrégé à la Faculté

Je le remercie très vivement pour le précieux enseignement
dont j'ai bénéficié dans son service,
Je le prie d'accepter l'hommage de mon admiration
et de ma très grande reconnaissance.

A Monsieur le Docteur F. THIÉBAULT

Médecin assistant du Service de Neurochirurgie
de l'Hôpital de la Pitié

qui m'a inspiré le sujet de cette Thèse. Je l'assure de ma très grande reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Paul BRÉGEAT

Ophtalmologiste assistant des Hôpitaux de Paris

dont la bienveillante sollicitude et les précieux conseils ont guidé mes pas en Ophtalmologie.
Qu'il veuille trouver ici une trop faible expression
de ma très grande gratitude et de ma respectueuse affection.

A Monsieur le Docteur LELIÈVRE

Attaché de consultation d'Ophtalmologie à l'Hôpital Saint-Louis

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Jusqu'à ces dernières années, on ne recherchait dans les syndromes d'hypertension intracrânienne, dans les traumatismes crâniens et dans les affections neurologiques diverses que l'hémianopsie absolue. On les avait classées en :

— hémianopsies hétéronymes, bitemporales ou binasales plus rares ;

— hémianopsies homonymes : droites ou gauches ;

— hémianopsies partielles : en quadrant, en secteur, en scotomes hémianopsiques ayant la valeur d'une hémianopsie.

On la recherche grossièrement au lit du malade ou à la consultation à l'aide du doigt ou d'un index blanc. Cet index est constitué d'une petite sphère, d'ivoire ou peinte en blanc, fixée à l'extrémité d'une tige d'acier. On prie le malade de cacher un œil avec sa main et de fixer le nez du médecin ; on déplace l'index suivant les principaux méridiens de la périphérie vers l'œil, en invitant le malade à avertir dès qu'il l'aperçoit. On arrive ainsi, par ce procédé, à déceler les hémianopsies même en quadrant.

Pour préciser la forme et les limites du territoire aveugle, pour déceler et suivre l'évolution de certaines encoches du champ visuel à la suite d'un traitement médical, chirurgical, ou par agent physique, on a recours au périmètre ou au campimètre, qui permet alors d'avoir un document de base et d'appréciation grâce au schéma.

Enfin, dans les cas douteux, on a recours à des index

de couleurs, bleus, rouges ou verts, qui permettent de déceler une hémiachromatopsie.

Par ces méthodes, on examine l'un après l'autre chaque secteur du champ visuel et le déficit constaté est total. Le malade ne voit pas du tout dans le secteur incriminé. C'est pour cela que cette hémianopsie doit être qualifiée dorénavant d'absolue, par opposition à l'hémianopsie relative que ces méthodes ne peuvent déceler.

Qu'est donc l'hémianopsie relative ?

Le Docteur Thiébaut avait constaté depuis longtemps, dans l'examen systématique du champ visuel de ses malades, le fait suivant :

En explorant isolément le champ visuel de chaque œil, chez certains malades il ne constatait aucun trouble. Mais en explorant simultanément et non successivement, de la façon que nous allons décrire dans le prochain chapitre, les champs visuels des deux yeux ou deux régions symétriques du champ visuel d'un même œil, il lui arrivait de constater un déficit d'un côté. Ce déficit était qualitatif et n'était apprécié que par rapport à un secteur normal. C'est pour cela que cette hémianopsie est qualifiée de relative, car elle n'est pas retrouvée en explorant isolément le secteur incriminé, en pratiquant selon la technique habituelle de recherche de l'hémianopsie absolue.

Ce fait est bien connu en séméiologie neurologique. Nous citerons deux exemples :

Certaines hémianesthésies légères passent inaperçues quand on interroge séparément chaque côté : le malade demeurant incapable de préciser si un côté sent plus que l'autre. Mais si l'on interroge simultanément les deux côtés avec une excitation identique pour chacun, on peut mettre en évidence cette hémianesthésie légère.

Il en est de même pour les troubles moteurs. Dans certains cas, ce n'est qu'en détournant l'attention du malade placé dans une certaine position, que l'on peut apprécier la chute légère d'un membre supérieur (Ep. de Mingazzini) ou d'un membre inférieur (Ep. de Barré). C'est ainsi qu'a été appliquée à la fonction visuelle centrale cette loi générale de neurologie et qu'a été découverte la notion

d'hémianopsie relative. Dans des lésions minimes unilatérales, une différence ne peut s'extérioriser que par comparaison.

A la clinique neurochirurgicale de la Pitié, où nous avons assisté le Docteur Brégeat dans sa consultation hebdomadaire pendant plus d'un an, cette recherche est effectuée systématiquement. C'est dans ce service que nous avons rassemblé les observations qui étayent cette thèse.

Nous verrons successivement :

Comment on recherche l'hémianopsie relative,

— d'abord pour les formes :

sur les deux yeux simultanément,
sur chaque œil,
dans chaque hémichamp ;

— ensuite pour les couleurs,

Le résultat de ces recherches.
Comment elle évolue.
Son intérêt pour préciser :

— le siège sustentoriel et le côté d'une lésion ;

— l'étendue des lésions et leur mode évolutif.

Comme indication opératoire.

Nous discuterons sa valeur et les causes d'erreurs et, avant de tirer nos conclusions, nous citerons un cas un peu particulier et nouveau : l'hémimacropsie.

CHAPITRE II

Sa Recherche

A) RECHERCHE DE L'HÉMIANOPSIE RELATIVE POUR LES FORMES

La recherche de l'hémianopsie relative n'est pas plus difficile que celle de l'hémianopsie absolue. Elle est même plus simple et plus rapide. Mais comme nous interrogeons en même temps deux secteurs, il faut veiller à ce que les deux mains ou les deux index soient éclairés d'une façon égale : une différence d'intensité d'un côté pouvant fausser les résultats. Un moyen facile et commode est de placer le malade le dos à une fenêtre. Ceci est facilement réalisable, que le malade soit transportable ou non. En effet il est aisé s'il est dans son lit de placer celui-ci de façon que cette condition soit réalisée.

Comme pour l'hémianopsie absolue, on peut rechercher l'hémianopsie relative soit avec les doigts, soit avec deux index blancs de même taille. Avec un matériel aussi réduit on peut rechercher cette hémianopsie n'importe où.

Nous allons décrire la façon de la recherher : d'abord sur les deux yeux en même temps, puis sur chaque œil, pris isolément.

1° Exploration des champs temporaux des deux yeux

Il faut toujours commencer par l'exploration des champs temporaux. Elle permet de déceler rapidement un déficit temporal d'un côté et d'orienter ensuite pour chaque œil les recherches, et de les confronter.

L'observateur place son sujet dans les conditions d'éclairage sur lesquelles nous venons d'insister et se tient devant lui. Le malade qui a les deux yeux ouverts, fixe le nez de l'observateur. Celui-ci étend les bras de chaque côté de la tête du sujet, de façon à ce que ses mains soient derrière, et que le malade ne les aperçoive pas. Il va alors ramener progressivement et simultanément ses doigts dans les champs temporaux du malade. Deux façons pour ce faire : soit en fléchissant les avants-bras sur les bras, soit en inclinant le corps lentement en arrière, tout en conservant les bras tendus. Mais il faut bien veiller à ce que les mains soient bien symétriques, se déplacent en même temps, explorent des régions identiques de chaque champ.

Le malade avertit dès qu'il voit les doigts. Plusieurs cas sont à considérer : l'un net, l'autre frustre.

a) *Le malade voit d'abord apparaître le doigt d'un seul côté.* (Cas net).

Supposons par exemple le cas d'une hémanopsie relative gauche. Le sujet dira : « Je vois le doigt droit ». L'observateur continuera son mouvement de translation jusqu'à ce que le doigt de la main gauche soit aperçu. Il pourra alors évaluer l'importance de l'angle, et apprécier le déficit visuel.

b) *Le malade voit les deux doigts en même temps* (Cas frustre)

Au moment où les deux mains entrent dans les champs temporaux, le patient annonce qu'il voit celles-ci. Il ne faut pas se hâter de conclure à une absence d'hémianopsie

relative, mais demander au malade s'il voit les deux mains aussi nette des deux côtés, « Je vois mieux la droite », déclarera-t-il en cas d'hémianopsie relative gauche.

Cette première recherche nous oriente vers le diagnostic d'hémianopsie relative gauche que l'examen de chaque œil pris isolément devra confirmer.

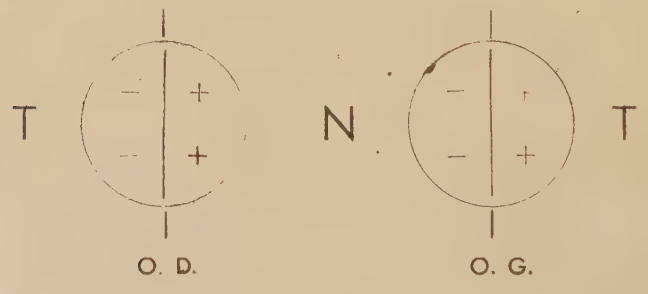
2° Exploration du champ visuel de chaque œil pris isolément.

Nous invitons le malade à cacher un œil avec sa main et nous explorons le champ temporal nasal de l'autre œil, en plaçant les doigts aux limites de ces champs, et en se rappelant que le champ nasal est rétréci d'environ 30° par rapport au champ temporal. Nous posons les mêmes questions au malade. Le résultat est identique ou bien il voit les doigts d'un côté seulement ou bien, il les voit des deux côtés mais plus distinctement d'un côté que de l'autre.

Nous recommençons la même épreuve sur l'autre œil, et nous arrivons à un résultat comparable, concordant avec les examens antérieurs.

Nous pouvons alors dire que notre sujet présente une hémianopsie relative gauche, qui serait passée inaperçue si nous avions examiné le champ visuel œil par œil et secteur par secteur.

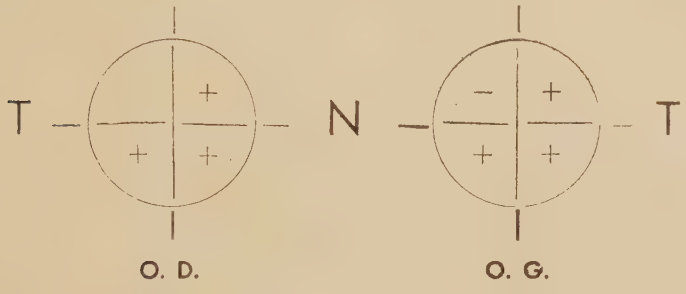
En pratique, nous pouvons schematiser de la façon suivante les résultats de notre recherche, pour le cas pris pour type de description.



Les limites d'un tel examen ne s'arrêtent pas là : comme les hémianopsies absolues, nous pouvons avoir des hémianopsies en quadrant.

3° Recherche de l'hémianopsie relative en quadrant.

Etudions simultanément les secteurs supérieur et inférieur, du champ temporal, et ensuite, du champ nasal. L'observateur place ses deux mains aux limites de ces champs, soit du côté temporal, soit du côté nasal, les deux mains se trouvant cette fois d'un même côté l'une au dessous de l'autre. Il pose les mêmes questions. Le shéma deviendra cette fois le suivant, si l'on trouve par exemple une hémianopsie relative homonyme des quadrants supérieurs droits.



Il y a intérêt à remuer légèrement les doigts ou à faire exécuter aux mains de légers mouvement de flexion. Le malade se rend mieux compte ainsi qu'il voit les doigts avec la même netteté.

Les recherches de l'hémianopsie relative est donc d'une facilité extrême. Ne nécessitant aucune instrumentation spéciale, elle peut-être recherchée aussi bien au lit du malade qu'à la salle de consultation : mais il faut bien veiller à l'égalité d'éclairage des deux mains.

B) RECHERCHE DE L'HÉMIANOPSIE RELATIVE POUR LES COULEURS

On se sert d'index colorés rouges ou verts montés sur tige. Nous ne la recherchons que lorsque nous craignons

une tumeur ou autre lésion pouvant léser la voie optique rétrochiasmatique tout à fait au début de leur évolution et quand la recherche de l'hémianopsie relative pour les formes s'est avérée négative.

c) *Résultats des recherches*

Nous n'avons trouvé que des hémianopsies relatives homonymes complètes ou en quadrant, nous n'avons pas décelé d'hémianopsies relatives bitemporales. Nous n'en conclurons pas qu'elles n'existent pas. Nous pensons volontiers que dans des cas de compression chiasmatique au début, il ne soit pas impossible d'en constater.

CHAPITRE III

Son Evolution

L'hémianopsie relative, comme tout symptome neurologique évolue.

Elle peut être à un stade progressif,
à un stade régressif,
à un stade stationnaire,
à un stade intermittent.

1° Stade progressif

G. Guiot et F. Fénelon, dans la « Semaine des Hôpitaux » (21 juillet 46), nous montrent leur conception du schéma évolutif de l'hémianopsie par lésion tumorale progressive.

« *a*) Elle débute par une hémianopsie relative (ou comparative) pour les couleurs.

b) Elle se poursuit par une hémianopsie relative (ou comparative) pour les formes.

c) Ensuite seulement apparait l'hémianopsie absolue pour les couleurs, et enfin pour les formes.

Chacun de ces déficits successifs évoluant lentement de la périphérie vers le centre. »

Ils en dégagent les trois principes suivants :

« 1° Comme l'a montré Thiébaut, l'hémianopsie commence par être relative avant d'être absolue.

2° L'hémianopsie atteint d'abord la vision des couleurs, avant celle des formes d'ensemble.

3° L'hémianopsie progresse de la périphérie vers le point de fixation. »

Nous la trouvons à ce stade, surtout dans les tumeurs à évolution progressive en particulier des tumeurs temporales (hémianopsie en quadrant), pariétales et occipitales.

2° Stade régressif

Le schéma cette fois est en sens inverse. C'est le fait
des tumeurs dont la compression diminue,
des abcès qui guérissent,
des œdèmes cérébraux qui régressent,
des traumatismes crâniens qui évoluent favorablement,
des lésions vasculaires qui se résorbent.

3° Stade stationnaire

Dans les tumeurs qui n'évoluent pas ou peu, engendrant une compression lente qui pourra brusquement à l'instar d'une lésion vasculaire donner un jour une hémianopsie absolue.

Chez des vasculaires,
et enfin comme état définitif.

4° Stade intermittent et stade passager

Dans les tumeurs qui s'installent avec poussées d'œdème, dans les spasmes vasculaires, (il faudra la rechercher dans les migraines ophtalmiques).
après une intervention (choc, trauma, œdème opératoires)
Elle n'est pas retrouvée à tous les examens et il ne faut pas conclure qu'elle n'existe pas, si elle n'est pas décelée à chaque fois.

CHAPITRE IV

Son Intérêt

L'hémianopsie relative offre un intérêt considérable en neurologie et plus spécialement en neurochirurgie.

On sait à quelles difficultés se heurtent souvent les neurologistes pour faire un diagnostic de localisation : les signes localisateurs font en effet souvent défaut. Le neurochirurgien a posé l'indication opératoire mais ne sait de quel côté intervenir. C'est dire toute l'importance d'un signe localisateur même discret. En ce sens, l'hémianopsie relative est apparue comme un signe fréquent et précieux ; non point tant pour faire un diagnostic précis du siège de la lésion, que pour indiquer le côté droit ou gauche de la lésion dans l'étage sustentoriel.

Ce signe est d'autant plus important à rechercher systématiquement que le malade ne le signale pas, car son hémianopsie relative ne lui cause aucun trouble subjectif. Certaines hémianopsies absolues ne sont pas signalées par le sujet, qui se plaint seulement d'un vague trouble visuel qu'il ne réussit pas à définir, à plus forte raison il en est de même pour les hémianopsies relatives.

Comme les hémianopsies absolues, les hémianopsies relatives se rencontrent dans :

les tumeurs cérébrales (c'est là que nous les avons retrouvées le plus fréquemment) ;
les abcès cérébraux ;
les traumatismes crâniens ;
les lésions de l'encéphale d'origine vasculaire.

1° TUMEURS CÉRÉBRALES

Suivant leur siège, les tumeurs cérébrales peuvent comprimer les voies optiques et déterminer un déficit visuel. Seules les tumeurs sustentorielles peuvent donner une hémianopsie relative. Cela se comprend facilement. Parmi celles-ci, nous avons retrouvé avec une plus grande fréquence les tumeurs de la région pariéto-temporale comme le montrent nos observations.

Accompagnées ou non d'autres signes neurologiques ou ophtalmologiques, l'hémianopsie relative ne sera qu'un signe de plus dans un groupement de symptomes concordants, et aidera au diagnostic de localisation, mais bien souvent ces signes neurologiques de localisation font défaut. Nous sommes en présence d'un sujet somnolent, porteur de stase papillaire, se plaignant de céphalées ou autres signes subjectifs. Fréquent est ce cas. De quel côté intervenir ?

L'hémianopsie relative donnera immédiatement la réponse et précisera même qu'il s'agit d'une tumeur sustentorielle. Quelques unes de nos observations sont significatives :

Obs. I. — HOL... — Les troubles psychiques dominaient et ne permettaient pas de localiser la lésion. L'examen neurologique était négatif, et pourtant le fond de l'œil mettait en évidence une stase importante bilatérale avec hémorragies.

L'hémianopsie relative gauche, heureusement, venait combler cette lacune dans ce tableau d'hypertension intracrânienne et imposait d'ouvrir le côté droit où le neurochirurgien a découvert un gliome temporal.

Obs. II. — Même situation. On avait pensé à une tumeur de la fosse postérieure, et l'on s'étonnait de trouver une hémianopsie relative. La diagnostic opératoire donna raison à cette hémanopsie, en découvrant une tumeur du lobe occipital.

Obs. III. — Ce cas est un peu indentique. L'hémianopsie relative était discrète mais existait, et c'est à cause de sa discrétion qu'on n'avait pas voulu éliminer la possibilité d'une tumeur frontale. A l'opération on découvrait une tumeur du lobe temporal.

Ces observations, où l'hémianopsie relative était le seul signe objectif, montre la valeur de ce signe et de sa recherche.

2° ABCÈS CÉRÉBRAUX

L'abcès peut être assimilé à une tumeur, mais la compression qu'il engendre peut être sujette à variations à cause de l'œdème associé, ainsi que le montre notre observation MAG... où nous voyons d'abord apparaître une hémianopsie relative qui seule, à ce moment nous indiquait le côté, puis une hémianopsie absolue, enfin le retour à la normale. Il est possible que si nous avions examiner le malade dans l'intervalle, nous aurions trouvé une hémianopsie relative.

3° TRAUMATISMES CRANIENS

Tous les traumatismes du crâne peuvent atteindre les voies optiques, soit d'une façon directe, soit d'une façon indirecte, et par conséquent produire des lésions qui retentissent sur le champ visuel. Nous ne retrouverons l'hémianopsie relative que dans les traumatismes qui retentissent indirectement sur les voies optiques retro-chiasmatiques (contusions, commotions, compression par hématome et par œdème). Car nous savons que toute atteinte directe des voies optiques engendre des troubles nets et définitifs, que les traumatismes qui atteignent les corps genouillés ou les bahudelettes, sont le plus souvent mortels, étant donné la proximité de centres vitaux dans cette région.

Cette hémianopsie peut-être constatée sans que l'on ait noté auparavant d'hémianopsie absolue, ce qui traduit en somme le premier stade de souffrance de la voie optique du au traumatisme, soit après la constatation d'une hémianopsie absolue qui régresse. Nous savons que dans les traumatismes crâniens, le trouble fonctionnel « peut dépasser pour ainsi dire la lésion » et être maximum d'emblée puis regresser par la suite pour arriver finalement à une restitution ad integrum.

4° LES LÉSIONS D'ORIGINE VASCULAIRE

L'association d'une hémianopsie relative à d'autres troubles neurologiques, peut permettre une localisation. Elle n'est qu'un signe de plus dans un ensemble symptomatique concordant, nous l'avons trouvée chez des hypertendus artériels, dans des hémorragies méningées, et dans des ramolissements cérébraux.

Nous voyons donc le grand intérêt qu'il y a de rechercher l'hémianopsie relative, pour les renseignements précieux qu'elle nous apporte. Renseignement d'autant plus précieux qu'il traduit le premier mode de souffrance des voies optiques rétrochiasmatiques et qu'il permet d'intervenir médicalement ou chirurgicalement, bien avant que des lésions irrémédiables soient établies. Elle doit inciter le neurochirurgien à intervenir, si un traitement médical a échoué, car une compression continue et progressive amènera fatalement une hémianopsie absolue. Parfois les nécessités chirurgicales obligent le neurochirurgien à une exérèse large, en tissu sain, qui peut transformer cette hémianopsie relative en une hémianopsie absolue définitive. Mais même dans ce cas, on a la satisfaction d'avoir opéré à temps avant que la tumeur de par son volume n'interdise cette exérèse. Il arrive souvent, en effet, que le malade soit adressé tardivement au neurochirurgien parce qu'il ne présentait aucun signe objectif auparavant, et qu'à l'ouverture de la boîte crânienne, le chirurgien renonce à tout exérèse devant l'étendue des lésions.

Ainsi la recherche de l'hémianopsie relative permettra d'intervenir plus fréquemment à temps et bien des malades dorénavant lui devront leur guérison.

L'hémianopsie relative peut coïncider avec une hémianopsie absolue. Témoin cette observation que le Docteur Thiébaut publiait dans la presse médicale du 24 mars 1945.

Il s'agissait d'une malade qui se plaignait de trouble de la vue depuis un an. « Cinq fois son médecin lui avait fait changer ses verres sans améliorer sa vision ; l'examen mit en évidence une aphasie modérée et une hémianopsie relative droite tout à fait nette, en ce sens que le malade

dans toutes les épreuves voyait seulement l'index qui était à sa gauche ; or, l'examen périmétrique permit de constater qu'elle avait une hémianopsie en quadrant inférieur droit ; il fallut, pour la découvrir, un examen long et minutieux, alors qu'en quelques secondes, et sans le secours d'aucun instrument, il était facile de déceler l'hémanopsie relative. »

Ainsi associée à une hémanopsie absolue, elle permet d'apprécier l'étendue et l'intensité des lésions (œdème surajouté qui peut être quelquefois dû au traumatisme opératoire) et de juger de l'évolution de la lésion causale par des examens successifs, le déficit qualitatif dépassant le déficit quantitatif.

En résumé, l'hémianopsie relative est un signe de localisation à l'étage sustentoriel :

— elle précise le côté droit ou gauche,
— elle est d'une recherche simple et rapide,
— elle a une valeur d'indication opératoire, d'appréciation de l'étendue des lésions ;
— son évolution renseigne sur le processus évolutif progressif ou régressif de la lésion causale.

CHAPITRE V

Discussion

On a voulu dire que l'hémianopsie relative n'avait pas plus de valeur que l'hémianopsie absolue trouvée après un examen minutieux du champ visuel avec de tous petits index, de même qu'on avait dit que les index colorés n'avaient pas plus de valeur pour dépister une hémanopsie absolue au début que des index suffisamment petits.

Nous l'avons fait et nous avons trouvé parfois une petite encoche du champ visuel ou une hémianopsie absolue en quadrant, mais au bout d'un examen long et minutieux. Alors que la recherche de l'hémianopsie relative est simple, rapide, et ses résultats probants.

De plus, le malade n'est pas toujours transportable, il faut l'asseoir devant le périmètre et nous connaissons bien la consigne rigoureuse de tous les neurochirurgiens : « un porteur de stase doit être couché ».

Enfin, l'examen avec des petits index n'est pas toujours possible avec une acuité visuelle basse. Tandis que le sujet percevra presque toujours les doigts d'une main placée à 30 cm.

Signalons cependant une cause d'erreur. Le cas d'un sujet ayant un œil très myope, ou amblyope. L'interrogatoire ou bien le simple examen de ses verres pourra nous faire éviter cette cause d'erreur.

L'écueil sera facilement évité à la salle de consultation, car l'on sait que tout examen neuro-ophtalmologique comporte la prise de l'acuité visuelle. Nous nous baserons

donc sur l'œil normal, mais nous ne pourrons malheureusement, dans ce cas, confronter nos résultats avec ceux de l'autre œil.

Nous n'avons pas toujours constaté d'amputation du champ visuel avec de petits index, car l'hémianopsie relative, comme nous le disions plus haut, répond à une excitation bilatérale. Nous interrogeons les deux yeux ou deux points diamétralement opposés d'un même œil en même temps, et le résultat plus précis est d'autant plus sûr, en cas de réponse positive, que notre doigt est un gros index.

La découverte d'une hémianopsie relative ne doit pas empêcher la recherche de l'hémianopsie absolue, car elles peuvent coïncider. Mais la recherche de l'hémianopsie relative est rapide, pratique. Au contraire, si elle n'existe pas, il est inutile de rechercher l'hémanopsie absolue.

CHAPITRE VI

Cas particulier : Hémimacropsie

C'est en recherchant systématiquement l'hémianopsie relative qu'a été découverte l'hémimacropsie homonyme.

Il y a quelque temps, le Docteur Brégeat présentait à la Société d'O.N.O. un cas curieux.

Il s'agissait d'une malade porteur d'une hypertension intracrânienne avec stase papillaire, sans signe neurologique de localisation, et le neurochirurgien s'apprêtait à faire une ventriculographie. Le Docteur Brégeat, en recherchant l'hémianopsie relative, a constaté que la malade voyait l'index plus gros dans le champ visuel droit de chaque œil, et spécialement dans le quadrant supérieur de ce champ. Il a pensé à une atteinte de l'aire parastriée de la partie inférieure du lobe occipital gauche (dans le champ 19 de Broadmann). Cette hypothèse a été justifiée par la ventriculographie et par l'intervention : tumeur kystique siégeant entre la faulx du cerveau et la tente du cervelet, et refoulant en haut et en avant la face inférieure du lobe occipital gauche. A noter que, 48 heures après l'opération, la malade, parfaitement calmée et consciente, présentait une hémianopsie relative homonyme droite qui disparaissait au bout de 8 jours (œdème traumatique opératoire ?) pour faire place à l'hémimacropsie, qui elle-même disparaissait définitivement en 15 jours, en quittant successivement les quadrants inférieur puis supérieur des champs droits.

CONCLUSIONS

1° Il existe une hémianopsie relative.

2° Sa recherche systématique offre un très grand intérêt chez tout malade neurologique.

Cette recherche très simple et très rapide peut se faire aussi bien au lit du malade qu'à la salle de consultation. Elle ne écessite le secours d'aucun instrument.

Il y a deux écueils bien faciles à éviter : d'une part, l'éclairage. Il faut en effet que les deux mains, ou les deux index soient éclairés d'une façon parfaitement égale, sinon les résultats peuvent être faussés, et, d'autre part, l'amblyopie ou la myopie forte d'un œil, que l'interrogatoire ou l'examen systématique de l'acuité visuelle révélera.

3° Nous avons retrouvé l'hémianopsie relative homonyme au cours de l'évolution :

— des tumeurs cérébrales,
— des abcès du cerveau,
— des traumatismes crâniens,
— et des lésions de l'encéphale d'origine musculaire.

Nous avons constaté qu'elle peut être :

— intermittente,
— stationnaire,
— associée à une hémianopsie absolue en quadrant,
— ou faire partie d'un stade évolutif progressif ou régressif.

Elle traduit le premier signe de souffrance de la voie

optique rétrochiasmatique. Elle apparaît comme un signe fréquent et précieux pour affirmer le siège sustentoriel d'une lésion cérébrale et pour déterminer le côté où elle se trouve.

Elle est enfin un facteur surajouté dans un tableau de signes concordants pour faire une diagnostic de localisation précise. Elle permet également d'affirmer le caractère organique de la lésion.

Tous ces renseignements font qu'elle mérite d'être recherchée systématiquement par tous les neurologistes et ophtamologistes.

OBSERVATIONS

Tumeurs Cérébrales

Obs. I. — Mme HOL..., Renée, 55 ans.

Entre pour crises douloureuses de l'hémiface droite irradiant à tout l'hémicrâne droit et ayant débuté il y a un an. En plus, depuis quelques mois, amnésie pour les faits récents.

Examen :

Troubles psychiques au premier plan.
Logorrhée avec euphorie,
Amnésie pour les faits récents,
Examen neurologique négatif,
Examen oculaire : V.O.D. 1/2, V. O. G. 2/3,
pupilles reflexes normaux,
hémianopsie relative gauche,
F. O. D. G. : stase papillaire importante bilatérale avec hémorragies. Veines sinueuses dilatées.
Examen O. R. L. : nystagmus horizontal à gauche dans le regard latéral à gauche,
index : les index dévient à droite,
Romberg incliné à droite.
Marche aveugle étoilée : à droite en avant,
à gauche en arrière.
Barany calorique : excitabilité normale égale.
Nystagmus horizontal en I par moment,
rotatoire en III par instant.
Les index dévient normalement, pas de vertige

Diagnostic opératoire (Dr Guiot) :

Gliome temporal postérieur droit.

Obs. II. — LE D..., Raoul, 48 ans.

Très bien portant jusqu'à sept. 46 où, brusquement, apparaissent des vertiges et des céphalées, puis une diplopie et une sensation de fatigue dans les jambes.

Examen neurologique : normal, cependant les marionnettes sont moins bien exécutée à gauche.

Examen oculaire : stase papillaire bilatérale, diplopie (VI droit).
Hémianopsie relative gauche.

Ventriculographie : au premier trou de trépan on tombe sur une masse tumorale dure à la partie superointerne du lobe occipital droit.

Intervention : tumeur occipitale droite.

Suites : troubles visuels à type d'hallucination dans les jours suivants, qui disparaissent par la suite.

Obs. III. — Mme R..., Lucienne, 31 ans.

Entre pour céphalées et crises généralisées avec perte de connaissance, morsure de la langue, perte des urines.

Examen neurologique : négatif, sauf une paralysie faciale gauche.

Examen ophtalmologique :

V.O.D.G. : 2/3.
Pupille inégale O. G. > O. D., réflexes normaux.
Motilité normale.
C.V. : hémianopsie relative gauche légère.
F.O.D.G. : stase papillaire modérée un peu plus accentuée à gauche.

Hospitalisée depuis 3 semaines ; les jours derniers, somnolence, baillement, troubles vasomoteurs faisant penser à un engagement temporal.

Ventriculographie : très fort refoulement des deux cornes frontales vers la gauche. On précise alors le siège temporal de la tumeur sur trois choses :

1° l'axe des deux corps ventriculaire est parallèle à l'axe saggital ;
2° le segment L est normal ;
3° il existe une concavité externe dans la moitié antérieure de la corne sphénoïdale vue sur cliché oblique postérieur.

Intervention : Dr Guiot.

Gliome envahissant principalement la circonvolution de Heschl. T. 3, T. 4, T. 5 sont indemnes.

On libère l'engagement temporal.

Obs. IV. — M. ST..., Joseph, 52 ans (Dr Voringer).

Entre pour céphalées à localisation frontale et occipitale avec vomissements. En même temps, somnolence et apathie qui avaient fait penser à un processus méningé.

Examen oculaire :

F.O. : œdème papillaire des deux côtés ;
Hémianopsie relative gauche.
Normal par ailleurs.

Examen neurologique :

Bras tendus : déviation latérale du bras gauche et légère chute du bras.
Normal par ailleurs, à part l'absence du réflexe abdominal supérieur droit.

Traitement : sulfate de magnésie.

Opéré 6 semaines après.

Ventriculographie : compression du carrefour droit.

Intervention : Kyste hématique intra parenchymateux de la région temporo-occipitale droite.

Suites opératoires : normale, reprend ses occupations ; l'hémianopsie relative gauche persiste, mais alors que l'épreuve campimétrique avait été normale avant l'opération, on trouve un C.V. limité à gauche.

Obs. V. — M. RO..., Henri, 57 ans.

Entre le 23 septembre 1946.

Ce malade a présenté cinq crises subintrantes en août 1940. Après les crises, obnubilation pendant un mois ; le malade est obligé de rester au lit.

Trois à quatre crises et vertiges chaque année jusqu'en 1946.

Actuellement, incapable de travailler.

Examen :

Pas de stase, inégalité pupillaire O.D. > O.G.
Hémiparésie faciale droite légère.
Pas d'aphasie, mais le malade est gaucher.
Hémianopsie relative droite en quadrant supérieur.
Récemment, impression de mauvaise odeur durable.
Bradypsichie, obnubilation.
Hallucinations visuelles à droite.
Pas de tremblement.
Légère hypoesthésie cutanée à droite.
Main droite plus froide que la gauche.

Diagnostic opératoire :

Gliome pariétal gauche.

Obs. VI. — M. D...,. Diégo, 91 ans.

Adressé parce que suspect d'une tumeur cérébrale.

On trouve chez ce malade :

une paralysie faciale droite,
un signe de Kernig,
un signe de Barré au M.I. droit,
pas de signe cerebelleux mais fait moins bien les marionnettes à droite,
La démarche est mal assurée, à petits pas, précautionneuse, légèrement talonnante, titubante en jetant un peu la jambe droite.
Romberg : tombe en arrière, pivote comme un tabétique, manquant de tomber.
Psychisme : tendance au rire et au pleurer spasmodique par suggestion. Fausses reconnaissances. Désorienté dans le temps, mais moins que dans l'espace, mêle des paroles en italien dans des phrases correctes en français, ne semble pas avoir d'hallucinations ni d'interprétations délirantes.

Intervention le 7-5-46. — Dr Feld.

Méningiome préfontal gauche, gros comme une orange.

Obs. VII. — Mme NIC..., Sophie, 44 ans.

Entre le 1er août 1946, venant de l'hôpital Broussais pour hémiplégie droite progressive à début crural, précédée par trois ou quatre crises B. J. droite à début jambier.

Histoire :

Le début remonte au mois de janvier par jambe droite ; depuis, modification du caractère : crises de larmes et de peur.

Parfois, spasme douloureux dans la jambe droite, 3 à 4 minutes, terminées par crise de larmes. Plus tard, phénomènes douloureux du bras droit, sa vue baisse, des céphalées apparaissent.

Apparition d'une hémiplégie gauche qui regresse partiellement.

Hémianospsie relative droite nette intermittente, la malade ne voyant pas la main dans le champ visuel droit.

3 août 1946 : V.O.D.G. = 1/10.
C.V. : pas d'hémianopsie relative,
Mot. pup. ref. normaux.
F.O.D.G. : stase papillaire énorme avec hémorragies.

Diagnostic opératoire. — Dr Rozier.

Tumeur pariétale gauche : méningiome.

Obs. VIII. — M. MEN..., Henri, 44 ans.

Entre pour œdème papillaire bilatéral, parésie faciale gauche, hypoesdhésie des M.I., obnubilation intellectuelle.

Examen :

Malade un peu obnubilé mais conscient.
Motilité : léger déficit de la force musculaire à gauche,
signe de Barré à gauche.
parésie faciale gauche.
Grosse astéréognosie gauche.
Babinski à gauche.
Rien à signaler par ailleurs.
Examen oculaire : grosse stase papillaire bilatérale avec hémorragies.
Hémianopsie relative homonyme gauche.

Conclusion : syndrome temporopariétal droit.

Obs. IX. — M. LE..., Roger, 60 ans.

Entre pour hémiplégie gauche progressive sans crises convulsives ni troubles sensitifs ou psychiques.

Examen :

Hémiplégie gauche, Contracture globale plastique facile à vaincre.
Réflexes tendineux vifs à gauche.
Signe de Babinski à gauche.
Sensibilité tactile : hypoesthésie à gauche,
— thermoanalgésique conservée,
— profonde : perte du sens de position des orteils et des doigts à gauche,
astéréognosie gauche très marquée.
Paires crâniennes : hémianopsie relative gauche,
parésie du VIIe gauche centrale.
Ventriculographie : kyste hémorragique à droite.
Pas de ventricule de ce côté, forte déviation du 3e ventricule.

Intervention. — Kyste hémorragique communiquant avec le ventricule, volumineuse tumeur, aspect de gliome infiltrant les lobes occipital, pariétal et temporal droit très profond.

Obs. X. — M. MAI..., André, 38 ans.

Adressé pour vomissement, constipation, Babinski bilatéral, obnubilation.

Examen à l'entrée, le 29-5-46.

Psychisme pas très vifs.
Motilité : Mingazzini à gauche,
Barré à gauche.
Réflexes : tendineux vifs aux M.I. avec trépidation épileptoïde.
Cutanés : signe de Babinski bilatéral.
Abdominaux : abolis à gauche.
Hémianopsie relative gauche.
F.O.D.G. : pupilles congestives à bords flous.

8 jours après, une paralysie faciale centrale gauche apparaît. On constate cette fois une hémianopsie homonyme gauche absolue et les réflexes rotuliens sont plus vifs à gauche.

Le malade devient de plus en plus obnubilé.

Diagnostic opératoire. — Dr Lebeau.

Kyste hématique intra-occipital droit.

Obs. XI. — M. MOR..., Charles, 58 ans.

Entre le 21 février 1946 pour diplopie et névralgies faciales gauches.

En 1941, on a diagnostiqué chez ce malade un néo du larynx traité depuis au radium.

Examen :

Malade somnolent et indifférent,
Sensibilité cornéenne abolie à gauche,
Légère parésie faciale gauche.
Yeux : hémianopsie relative droite,
paralysies des deux VI,
fonds d'œil sen siblement normaux.

Donc : atteinte des V, VI, VII paires sans autres signes neurologiques. L'existence d'un néo du larynx oriente vers le diagnostic d'une métastase de la base du crâne.

Abcès Cérébraux

Obs. XII. — M. C..., Roger.

Electrocuté le 21 juin. Syncope de 7 minutes. Le 1er juillet, intervention sur la plaie du cuir chevelu.

13 juillet : crise de tremblement, aphasie, carphologie. T.A. : 13,5 ; Pouls : 120 ; Température : 37° 7.

Examen le 14 :

Escarre circulaire 15 cm. de diamètre dans la région temporale gauche.

Au point de vue neurologie :

Motricité : P.F. droite,
Pas de paralysie des membres mais paralysie de la mains droite.

Réflexes tendineux : M.I. : normaux,
M. S. : non trouvés ;
— cutanés : Babinski à droite,
normaux par ailleurs.

Sensibilité : superficielle : normale,
profonde : déficit à droite.

Yeux : hémianopsie relative à droite.

Enfin aphasie avec anarthrie : Le malade cherche ses mots, il ne peut écrire, mais comprend les ordres et les exécute convenablement.

Conclusions : hémiplégie du type cortical,
aphasie mixte à prédominance anarthrique,
hémiplégie droite à prédominance brachiofaciale.

16-7-46 : malade obnubilé,
plusieurs vomissements depuis la veille,
P.L. : liquide clair hypertendu (40 leucocytes lympho, quelques rares Poly.

17-7-46 : Blessé agité, hostile, ne répond pas à l'interrogatoire.
Perte des urines.

Diagnostic opératoire : abcès sousdural, intradural et intracérébral gauche (Dr Klein).

Obs. XIII. — Mme S..., Allegra, 50 ans.

Présentait cliniquement une histoire typique de tumeur temporale gauche, débutant par une crise d'épilepsie généralisée, à la suite de quoi la malade est aphasique et hémiplegique.

L'examen fait à Tunis a montré :

1° hémianopsie en quadrant supérieur droit ;
2° un déficit pyramidal droit ;
3° des signes discrets d'aphasie ;
4° un début de stase.

Examen oculaire :
V. O. D. G. = 1/3 ;
Pupilles : anisocorie O. D. > O. G. ;
C. V. : hémianopsie relative droite ;
Motilité : normale ;
F. O. D. : papille à bords un peu flous ;
F. O. G. : stase papillaire au début.
Ventriculographie : surélévation légère du carrefour gauche.

Intervention : abcès temporal gauche (Dr Guiot), sort guérie.

Obs. XIV. — N..., Lucienne, 29 ans.

Brusquement, bourdonnement intense dans les deux oreilles, avec nausées et vomissements.

Pas de vertiges, pas de céphalées.

27-5-46 : 1 mois après. Examen neurologique absolument négatif.
Les bourdonnements et les vomissements ont regressé spontanément.

Examen oculaire :
V. O. D. G. = 10/10 :
Stase bilatérale au début ;
Hémianopsie relative droite ;
Normal par ailleurs.

6-6-46 : C. V. : hémianopsie homonyme absolue droite.
F. O. D. G. : stase bilatérale avec hémorragies.

13-6-46 : G. V. : normal.
F. O. D. G. : même état.

20-6-46 : même état mais les hémorragies ont regressé.

9-7-46 : V. O. D. G. = 10/10.
F. O. D. G. : stase papillaire très saillante.

13-7-46 : intervention : abcès occipital gauche.

23-7-46 : hémianopsie homonyme absolue droite à limite verticale.
F. O. D. G. : stase modérée.

La stase régresse par la suite, l'hémianopsie persiste.

Obs. XV. — LE B..., Roger, 23 ans.

Blessé en déminant en janvier 1945. Eclats multiples du corps, petit éclat mastoïdien gauche qu'on enlève en juillet 1945.

En juillet 19496 : céphalées, torpeur, pouls ralenti, le stylet pénètre profondément dans la fistule. Pénicilline.

Le fond d'œil montre une papille gauche à bords flous, veines dilatées, normal à droite.

Entre à la Pitié le 21 juillet 1946 pour abcès probable du cerveau. La fonction ventriculaire montre un ventricule bombé non hypertendu, on retire un liquide louche. Pénicilline locale.

Un syndrome cerebelleux apparaît dans les jours suivants avec nystagmus dans le regard à droite et paralysie des mouvements latéraux vers la gauche.

Le fond d'œil montre un léger œdème du bord nasal à gauche ; à droite, il est normal.

C.V. : hémianopsie relative droite.

27 juillet 1946 : les troubles de la coordination régressent, l'hémianopsie relative persiste.

30 juillet 1946 : le C.V. est redevenu normal.

Traumatismes Craniens

Obs. XVI. — NAD..., J., 13 ans (Dr Thiébaut).

Renversée par une voiture le 4 novembre. Coma, hémiplégie gauche, sort 15 jours après.

Actuellement :

Sequelles discrètes de l'hémiplegie gauche.
Parésie faciale centrale gauche.
Légère diminution de la force musculaire du côté gauche.
Signe de Babinski à gauche.
- Hypoesthésie du M. I. gauche.
Hémianopsie relative homonyme gauche à maximum supérieur.

Obs. XVII. — M. LEB..., Maurice, 32 ans.

Entre pour crises comitiales avec perdes de connaissance consécutives à un traumatisme cranien.

Examen neurologique :

Quelques troubles de la mémoire portant surtout sur les choses en acquisition.
Motilité volontaire diminuée au M. I. et M. S. gauche.
Hypotonie gauche.
Hyperextensibilité de l'avant-bras sur le bras.
S. de Mingazzini et de Barré à gauche.
Pas de signe de Babinski.
Normal par ailleurs.
Paires craniennes normales sauf hémiparésie faciale gauche.
Ventriculographie : ventricules non injectés.

Examen ophtalmologique (G.) :

V. O. D. 2/3, V. O. G. 1/2.
Motilité pupille reflexe F. O. D. G. : normaux.
C. V. hémianopsie relative gauche.

Donc :

Crises comitiales avec pertes de connaissance chez un ancien traumatisé chez qui l'examen montre :

Un déficit moteur G.
Une hémianopsie relative G.

Obs. XVIII. — M. S..., Léon.

Entre le 14-10-46 perte de connaissance avec chute le 5 octobre.

En 1908 : Crise traumatique après chute de cheval.
Fracture de la base. Perte de connaissance pendant 23 jours.

En 1917 : Commotionné.
Crises comitiales.

Examen neurologique :

Normal à part une anosmie.

Examen ophtalmologique :

Hémianopsie relative gauche.
Nystagmus bilatéral.
Paralysie du regard en haut avec paralysie de la convergence.
F.O.D.G. normaux.
Photomoteurs normaux.
P. L. : liquide clair hypertendu.

Conclusion : Syndrome de Parinaud avec hémianopsie relative gauche, qui en l'absence de toute autre étiologie doit être considéré lui aussi comme traumatique.

Une ventriculographie serait utile mais est refusée par le malade.

Obs. XIX. — BOR..., Henriette, 45 ans.

Entre le 30 mars 1946. Blessée par balle de revolver dans la région occipitale droite, conscience parfaite, répond très bien.

Examen neurologique :

Signe de Kernig.
Babinski bilatéral.
T. A. = 13/8.

Radio : orifice circulaire au niveau écaille occipitale droite multiesquilleux. Pas d'orifice de sortie. Pas de balle incranienne.

31-4-46 : Débridement de l'orifice occipital, ablation d'esquille, le lobe occipital est très contus, reconstitution des plans.

2-4-46 : Bonne conscience.
Céphalés importantes.
Quand elle s'assied, amaurose.
Signe de Babinski latéral.
Pas d'hémiplegie nette, mais hyperréflexie tendineuse.
Hémianopsie latérale homonyme G. relative.

11-4-46 : Très bon état.

Plus d'hémianopsie relative.
V. O. D. 1/2, V. O. G. 2/3.
CV, mot, refl. : normaux.
Pupille : anisocorie ; pupille gauche irrégulière mydriatique mais réflexe et réaction normaux.
F. O. D. G. normaux, grande excavation papillaire physiologique.

Obs. XX. — D..., André, 20 ans.

Entre le 11-9-46 pour trauma cranien.

Le 8-9-46 : chute sur le dos dans un escalier avec perte de connaissance.

A ce moment il présentait :
Une plaie entanée dans la région occifitale droite.
Un état de choc qui a rapidement disparu.

Et avait eu un vomissement de sang.
Blessé lucide et conscient mais somnolent.
Examen neurologique normal sauf un signe de Babinski bilatéral et un signe de Kernig.
Pas d'hémianopsie même relative.
Il avale bien mais vomit fréquemment.

9-9-46 : Radio-fracture de l'écaille occipitale droite.

11-9-46 : Même état.
P. L. : liquide sanglant, tendu, s'écoulant en jet.
Hémianopsie relative gauche.
Diplopie.
Strabisme convergent.
Pas de mydriase.

24-9-46 : Sort en bon état, mais persistance du strabisme.

Conclusion :

Traumatisme crânien récent fermé avec hémorragie méningée.

Obs. XXI. — Mme L..., Marie, 57 ans.

Entre le 4 mai, transférée de Saint-Louis.

22-4-46 : Accident de moto avec perte de connaissance, 12 à 18 h.

4-5-46 : Aphasie légère.
Alexie.
Parésie faciale G.
Hypoesthésie cornéenne bilatérale.
Signe de Babinski à droite.
Reflexes tendineux symétriques.
Ebauche de Barré à droite.

7-5-46 : Examen des yeux.
Hémianopsie relative droite.
Normal par ailleurs.

23-5-46 : L'hémianopsie a disparu.

Lésions de l'Encéphale d'origine vasculaire

Obs. XXII. — M. D..., Roger, 74 ans.

Chute de la hauteur d'une chaise avec plaie occipitale droite. Depuis, gène au M. S. gauche et hallucinations visuelles personnifiées.

A l'examen : Démarche difficile.
Force musculaire diminuée à la main G.
Chute du bras gauche.
Radio : Pas de lésion osseuse.
Ramolissement cérébral probable chez un homme de 74 ans.

Obs. XXIII. — M. M..., Maurice, 62 ans (Dr Thiébaut).

Soigné pour diabète sans acidose depuis 15 années.

Depuis quelque mois, sans ictus, progressivement, il est devenu incapable de s'occuper de ses affaires, de calculer ; ne sait plus faire un nœud, ni mettre ces bretelles, confond ses souliers droit et gauche, ne sait plus faire le geste de déboucher une bouteille, ne sait plus faire un dessin un peu compliqué. Parle, lit et écrit correctement, mais spontanément a renoncé à écrire.

Syndrome déficitaire droit.
Signe de Babinski à droite.
Chute du M. S. droit (Mingazzini).
Parésie faciale droite centrale.
Hémianopsie relative droite.
T. A. 14/8.5.

Syndrome complexe aphaso-agnoso-aprasique éveillant l'idée d'une démence sénile genre maladie de Pick.

Obs. XXIV. — Mme W..., Marcelle, 47 ans (Dr Thiébaut).

Hémiplégie droite s'installe en 48 heures, puis régresse en 15 jours. Trois mois plus tard, l'examen montre :

1° Séquelles d'hémiplégie droite : paralysie faciale droite légère avec hypoesthésie cornéenne droite, hyperréflectivité tendineuse des membres droits et signe de Babinski droit.

2° Hémianopsie relative droite.

T.A. 22/13, F.O. normal mais P.A.R. 70 à 80, cholesterol 2,20 %.
Hémianopsie relative chez une hypertendue artérielle.

Obs. XXV. — S..., Marie-Louise, 68 ans (Dr Thiébaut).

Soignée pour coronarite et hypertension artérielle, Ictus résolutif et hemiplegique gauche.

Examen deux mois plus tard :

Hémiparésie gauche spasmodique discrète avec signe de Babinski et astéréognosie gauche, hémianopsie relative gauche.

F.O. : artérite rétinienne.

T.A. : 21-12.

Obs. XXVI. — Mme F..., Marguerite, 70 ans (Dr Thiébaut).

Consulte pour petits troubles aphasiques et alexiques à début brusque.

4 jours après, légères séquelles d'aphasie de Wernicke sans alexie avec hémianopsie relative droite et légère paralysie faciale droite.

T.A. : 25-11.

Syndrome temporal gauche chez une hypertendue artérielle.

Obs. XXVII. — Mme G..., Fernande, 41 ans (Dr Thiébaut).

Depuis plusieurs mois, crises de céphalées avec vomissement et parfois engourdissement du membre supérieur gauche.

Examen :

Syndrome déficitaire du côté gauche avec trouble de la position et hémianopsie relative gauche.

Gros nystagmus à droite et à gauche.

Une ventriculographie ne montre pas de dilatation ventriculaire, mais une méningite séreuse droite.

Ensuite, elle fait une phlébite des 2 M. I. et une embolie pulmonaire gauche.

Traitée par cyanure et pénicilline : guérison.

Obs. XXVIII. — M. L..., Fernand, 37 ans.

Il y a un an à la suite d'une angine gloméroulonéphrite typique avec gros œdèmes, albuminurie marquée, T.A. à 23.

Il y a 8 jours : céphalées occipitales droites atroces à début brusque, tombe, perd connaissance.

Reprend connaissance à l'hôpital.

Température : 38° 7.

F.O. : hémorragies rétiniennes avec P.A.R. augmentée.

Actuellement, signe de Barré au M. I. droit.

Réflexes tendineux un peu vifs, polycinétiques plus exagérés à droite.

Pas de Babinski.

Perte du sens de position des orteils à droite.

Hémianopsie relative droite.

F.O. : normaux. T.A.R. : 60.

Hémorragie méningée probable.

BIBLIOGRAPHIE

1° F. Thiébaut et Guillaumat : *L'Hémianopsie relative.* — Société de Neurologie, Paris, 1er mars 1945.

2° F. Thiébaut : *L'Hémianopsie relative.* — Presse Médicale n° 12, 24 mars 1945.

3° Gérard Guiot et F. Fénelon : *Diagnostic clinique d'une tumeur temporale.* — Semaine des Hôpitaux n° 27, 21 juillet 1946.

4° Brégeat, Klein, F. Thiébaut : *L'Hémimacropsie.* — Société d'O.N.O., Paris, janvier 1947.

Imprimerie Moderne n° 191 — Dépôt légal n° 4 — 1er trimestre 1947

Vu :
Le Président du Jury,
C. VINCENT.

Vu :
Le Doyen de la Faculté,
BINET.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

	MM.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	BEAUDOUIN.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	BICHET.
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGRREZ (H.).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (G.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. BRULÉ (Médecine générale), DOGNON (Physique médicale), GAILLARD (Parasitologie), HALPHEN (O. R. L.), JAYLE M. (Chimie médicale) Mlle J. LÉVY (Pharmacologie), OLIVIER (Anatomie), PIÉDELIÈVRE (Médecine légale).

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER.
	N...
Anatomie pathologique	DELARUE.
	Mlle GAUTIER-VILLARS.
Bactériologie	BONNET.
	N...
Chimie médicale	ETTORI.
	N...
Chirurgie générale	AMELINE.
	FÈVRE.
	FUNCK-BRENTANO
	MÉNEGAUX.
	PATEL.
	SICARD.
	N...
	N...
	N...
Histologie	BULLIARD.
Hydrologie	N...
Hygiène	N...
	N...
Médecine générale	BARIÉTY.
	BOULIN.
	BROUET.
	CACHERA.
	COSTE.
	DELAY.
	N...
Médecine générale	GARCIN.
	DE GENNES.
	HAGUENAU.
	LENÈGRE.
	MARCHAL.
	MOLLARET.
	MOUQUIN.
	SOULIÉ.
	N...
Médecine légale	DESOILLE.
Obstétrique	DIGONNET.
	LACOMME.
	SUREAU.
	N...
Ophtalmologie	RENARD.
Oto-rhino-laryngologie	N...
Parasitologie	N...
Parasitologie coloniale	N...
Pathologie expéri.	LEMAIRE.
Pharmacologie	N...
	N...
Physiologie	N...
	N...
Physique médicale	N...
Thérapeutique	TURPIN.
Urologie	COUVELAIRE.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES et AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM. BASSET (Chirurgie générale), HUGUENIN (Anatomie pathologique), LE LORIER (Obstétrique), VAUDESCAL (Obstétrique).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		M.	
Clinique chirurgicale.	GATELLIER. DE GAUDART D'ALLAINES	Clinique médicale ...	CHEVALLIER.
Clinique obstétricale .	ECALLE.		
Clinique oto-rhino-laryngologique	HALPHEN.		

V. — CHARGÉS DE COURS

M.

Radiologie..... LEDOUX-LEBARD.

MM.

Secrétaire de la Faculté..... J. MOREL.

Secrétaire-adjoint . . . . M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef ..... Dr A. HAHN.

Bibliothécaires . . . . Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.